

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N°
203

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Arthur-William COLLINSON

Né le 24 octobre 1896, à Wakefield (Massachusetts) U. S. A.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES UTÉRINS

Président : M. J. L. FAURE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1929

802

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Arthur-William COLLINSON

Né le 24 octobre 1896, à Wakefield (Massachusetts) U. S. A.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES UTÉRINS

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

Hydrologie, thérapeutique et climatologie
 Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

 Clinique médicale

 Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de
 l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

 Clinique chirurgicale

 Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

 Clinique d'accouchements

 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Professeur sans chaire
 de la tuberculose

MM.
 M. VILLARET.
 ROUVIÈRE
 CUNEO
 ROGER
 STROHL
 DESGREZ
 LEMIERRE.
 BRUMPT
 Marc-J LABBÉ
 SICARD
 LECÈNE
 ROUSSY
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 N...
 BALTHAZARD
 MÉNÉTRIÉR
 RATHERY.
 CARNOT.
 BEZANÇON
 ACHARD
 WIAL
 MARFAN
 NOBÉCOURT

 H. CLAUDE
 JEANSELME
 GUILLAIN
 TEISSIER
 DELBET
 HARTMANN
 LEJARS
 GOSSET
 TERRIEN
 LEGUEU
 COUVLLAIRE
 BRINDEAU
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 OMBRÉDANNE
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL
 SERGENT
 BRANCA.
 L. BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROcq	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FISSINGEP	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de piété filiale.

A MA FILLE

A MA FEMME

A MES FRERES

A MA SOEUR

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de clinique gynécologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Broca

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.
En témoignage de respectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SARCOMES UTERINS

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes de l'utérus constituent un facteur important de mortalité chez la femme. Parmi elles, les cancers frappant le col tiennent la première place ; quant aux cancers du corps, développés sur le myomètre, ils sont moins couramment observés. Mais dans tous ces cas, il s'agit de tumeurs épithéliales malignes.

Les tumeurs malignes développées au dépens du tissu conjonctif, sont beaucoup plus rares et leur fréquence varie avec les statistiques.

Pour Gesner et pour Evans, de Rochester, on rencontrerait un sarcome pour quarante épithéliomas. Pour Piquand et Von Franke, ce chiffre devrait être abaissé à un pour vingt.

Mais parmi ces observations, il faut bien distinguer les sarcomes primitifs, qui sont l'exception, et les sarcomes greffés sur un fibromyome utérin, qui sont la règle. On admet pour ce dernier groupe une fréquence de cinq pour cent (Rocca, Cazin).

HISTORIQUE

Déjà Galien appelait sarcome toutes les tumeurs, et il a été un des premiers à distinguer les sarcomes utérins, mais ce terme avait alors un sens très général et s'appliquait à presque toutes les tumeurs de cet organe.

Wenzen, en 1816, dans son traité sur les maladies de l'utérus, et Valentin, en 1837, insistèrent sur l'évolution rapide de certaines tumeurs utérines dont la structure était différente de celle des muscles utérins normal et voisin.

Mais à cette époque, la plupart des auteurs confondaient sarcome et épithélioma et se contentaient d'une classification clinique en tumeur bénigne et tumeur maligne. Hutchinson et Calander, en 1858, signalèrent les premiers la possibilité de métastases viscérales reproduisant à l'examen histologique la formule que l'on rencontrait au niveau de la tumeur utérine.

La loi de Muller permit à Lebert d'établir les bases de sa classification histologique de tumeurs et il isola les tumeurs « fibroplastiques » à cellules fusiformes, des épithéliomas.

Robin, en 1864, dissocia des tumeurs fibro-plas-

tiques de Lebert, les tumeurs embryo-plastiques à cellules rondes.

Mais pendant longtemps encore, la confusion persista entre le sarcome et le carcinome, et seule l'individualisation du sarcome primitif musculaire permit de reconnaître la possibilité des sarcomes utérins et de dégénérescence sarcomateuse des fibromes.

Dumas fut le premier, en 1840, à rapporter l'observation d'une tumeur fibreuse développée au dépens des parois de l'utérus et à aspect encéphaloïde.

En 1860, Mayer apporte une observation de sarcome polypeux de l'utérus.

De cette date datent les premières études histologiques sur ces néo-formations, et Virchow admit la possibilité de l'origine conjonctive de ces tumeurs au dépens du tissu interstitiel, et, en 1865, précisa les caractères de la dégénérescence sarcomateuse à point de départ inter-cellulaire.

Gusserow distingua les fibro-sarcomes et les sarcomes diffus de la muqueuse utérine.

Hegar publie, en 1871, dans les archives de gynécologie, dix-huit cas de sarcomes utérins. Puis les observations se multiplient en France, et il faut signaler celles de Terrier, de Terrillon, de Pilliet et de Lebert.

En 1894, Pilliet et Costes admirent l'origine vasculaire de ces tumeurs au dépens de l'endothélium des vaisseaux.

Paviot et Bérard firent du sarcome un cancer

musculaire lisse, mais cette théorie fut rapidement rejetée.

Des thèses nombreuses parurent sur la question : Costes (Paris, 1875) étudie les sarcomes kystiques de l'utérus ; Aubry, le sarcome diffus de la muqueuse utérine.

Des articles importants parurent dans la *Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominale*, articles résumés dans la thèse de Piquand (Paris, 1905).

Enfin, tout récemment, Tedenat, Auvray, Pozzi, Quenu, Cuffier, J.-L. Faure, Begouin firent de nombreuses communications sur les sarcomes primitifs, les dégénérescences sarcomateuses de fibromyomes et les indications respectives du traitement radiothérapique et du traitement chirurgical.

ETIOLOGIE

De nombreuses théories ont été émises quant aux causes qui déclencheraient l'apparition de sarcomes primitifs de l'utérus ou la dégénérescence de fibromes utérins. Mais aucune n'est satisfaisante et il semble bien que l'étiologie des sarcomes utérins est complexe.

On peut distinguer les causes générales et les causes locales.

1° Causes générales

Au premier plan, il faut placer *l'âge* des malades car dans la plupart des cas, il s'agit de femmes de 45 à 50 ans. Les sarcomes observés à 30 ans et en dessous restent exceptionnels.

L'hérédité semble avoir ici beaucoup moins d'importance que dans les cancers, où l'on a été tenté d'expliquer la nature familiale de cette affection par l'arthritisme et le ralentissement des phénomènes de nutrition.

2° Causes locales

Ces dernières sont par contre beaucoup plus importantes. C'est ainsi que la théorie infectieuse semble expliquer la fréquence des sarcomes chez les malades à antécédents génitaux chargés, ayant présenté une infection chronique de l'utérus à type métritique, avec leucorrhée.

En effet, pour certains auteurs, la néoplasie serait secondaire à une irritation tissulaire prolongée et à la transformation bénigne, ferait place par une véritable métaplasie, la transformation maligne.

Le traumatisme, les avortements répétés et infectieux ont été également invoqués.

Quant aux autres causes, prolapsus, rétroversion utérine, auxquelles certains auteurs ont attaché de l'importance, elles semblent être bien plutôt des coïncidences fortuites que de véritables causes favorables.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — Anatomie microscopique

L'examen microscopique de coupes de sarcomes montre la présence d'éléments cellulaires, de tissu intercellulaire et de vaisseaux.

1° Les éléments cellulaires constituent la caractéristique de chacune des variétés de sarcomes et selon les cas, on peut rencontrer des cellules rondes, fusiformes, géantes ou des myeloplaxes.

Deux formules histologiques sont courantes : le type globo-cellulaire, plus particulier aux sarcomes de la muqueuse et le type fuso-cellulaire qui caractérise le sarcome parenchymateux.

Les sarcomes globo-cellulaires sont lisses, uniformes à la coupe. Les cellules rondes ou ovales, grandes ou petites, prédominent sur la substance inter-cellulaire qui est peu abondante. La prolifération très active de ces éléments est bien matérialisée par la taille considérable du noyau dont certains occupent la presque totalité du volume cellulaire.

Les sarcomes fuso-cellulaires n'ont pas à la coupe ce caractère uniforme ; ils montrent l'existence de

faisceaux longitudinaux et parallèles ou en tourbillon qui sont constitués par les cellules fusiformes.

Les sarcomes interstitiels présentent souvent l'association de ces deux types de cellules ronds et fusiformes, avec parfois, présence de cellules géantes qui semblent être une transformation des cellules fusiformes et des petites cellules ronds. Il n'est pas rare de trouver dans ces formes des cellules à contours irréguliers, polyédriques, et on a réservé à ces formes le nom de sarcomes à cellules polymorphes.

Mais ces types primitifs peuvent être le siège de dégénérescences et c'est ainsi que dans les sarcomes kystiques constituant une véritable éponge maligne, on trouve des cavités remplies de liquide et limitées par un endothélium.

La dégénérescence myxomateuse caractérisant les myxo-sarcomes donne des fibromes mous, gélatineux dont les éléments fondamentaux sont dissociés par l'œdème.

Enfin, nous signalerons les sarcomes mélaniques et les lympho-sarcomes, variété exceptionnelle.

La substance inter-cellulaire présente des modifications importantes et qui frappent à l'examen des coupes au point qu'elles furent à la base de la théorie de Wirschow qui émit l'hypothèse de la dégénérescence sarcomateuse par prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Les cellules de ce tissu augmentent par scissiparité des petites, deviennent énormes et relâchent le tissu interstitiel.

Les altérations des vaisseaux permirent à Pilliet et à Costes de formuler l'hypothèse vasculaire de la dégénérescence sarcomateuse et pour ces auteurs, la prolifération cellulaire se ferait excentriquement aux vaisseaux aux dépens des cellules de l'adventice.

La généralisation et les métastases se font presque exclusivement par voie veineuse et la thrombose sarcomateuse de la veine entraîne la formation d'embolus et de généralisation viscérale particulièrement hépatique et pulmonaire. Cette généralisation semble plus précoce dans les sarcomes globo-cellulaires que dans les sarcomes fuso-cellulaires.

B. — *Anatomie macroscopique*

La classification des sarcomes actuellement admise, est la suivante. On distingue des sarcomes de la muqueuse à forme diffuse, ou à forme localisée et des sarcomes musculaires, soit kystique et alors interstitiel ou sous-muqueux, soit non kystique et sous-séreux.

Mais il importe surtout de bien distinguer les sarcomes primitifs et la dégénérescence sarcomateuse d'un fibromyome utérin.

Les sarcomes de la muqueuse se présentent le plus souvent sous l'aspect diffus. A l'intervention, on tombe sur un utérus très augmenté de volume et hypertrophié en masse. La surface séreuse est irrégulière et lisse, sans adhérences; la consistance est

ferme; le col est normal et il est exceptionnel de rencontrer un envahissement du petit bassin par contiguïté.

La muqueuse sarcomateuse est grisâtre, irrégulière, présentant souvent des zones nécrotiques plus molles et friables.

La forme localisée se présente sous l'aspect d'un sarcome pédicule dans la cavité qui augmente de volume et s'accouche par dilatation du col. Mais sa base d'implantation dégénérée explique la récurrence de cette forme après une simple ablation.

Seul, l'examen histologique permet de le distinguer du polype fibromateux.

Les sarcomes du muscle résultent le plus souvent d'une dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome préexistant, mais il existe des cas indiscutables de sarcomes primitifs du parenchyme se présentant exceptionnellement sous le type diffus. On est le plus souvent en présence d'un sarcome interstitiel circonscrit, localisé à une des faces de l'utérus plus ou moins pédiculisée et évoluant, soit vers la voie sous-péritonéale, soit vers la voie sous-muqueuse.

A la coupe, ces tumeurs sont de coloration rouge, de consistance ferme, mais leur caractère essentiel est leur abondante vascularisation veineuse qui, lorsqu'elle est poussée à l'extrême, confère au sarcome un caractère télangectasique.

Un certain nombre de sarcomes présentent au cours de leur évolution des cavités kystiques dont la

pathogénie a été très discutée : pour certains, elle sulte de la stase vasculaire, pour d'autres de l'oblitération sarcomateuse des lymphatiques, enfin, pour certains, ces cavités kystiques résulteraient de la dilatation des espaces lymphatiques.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons successivement les signes particuliers aux sarcomes de la muqueuse et de la musculuse, et ceux permettant de prévoir la dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome préexistant.

Les sarcomes de la muqueuse ont une symptomatologie surtout cancéreuse.

Les hémorragies irrégulières dans leur cycle, peu abondantes au début et très abondantes à la période terminale traduisent l'ulcération vasculaire. Les pertes blanches et fades au début, jaunâtres et fétides à une période plus avancée, traduisent l'infection de la muqueuse et des crises de rétention peuvent aboutir à une véritable pyométrie.

Les douleurs n'apparaissent qu'à une période assez avancée de l'infection et sont essentiellement des douleurs de compression nerveuse pelvienne, existant surtout dans le domaine du nerf obturateur et du plexus sacré, revêtant souvent un type névralgique. Les troubles vésicaux sont fréquemment observés chez ces malades.

Les symptômes physiques du début sont peu nombreux ; le toucher vaginal montre un col mo-

bile et des culs-de-sac souples. Seul un curetage prudent permet de ramener des masses néoplasiques dont l'examen histologique permettra de porter le diagnostic de sarcome de la muqueuse.

Les sarcomes de la musculeuse ont une symptomatologie surtout fibromateuse et les hémorragies qui constituent le premier symptôme en date dominent toute l'évolution de l'affection. Elles sont souvent d'emblée très abondantes, peuvent revêtir le type ménorragique.

Les douleurs sont généralement beaucoup plus marquées que dans les formes précédentes et résultent des phénomènes d'adhérence viscérale.

Ici, les signes physiques sont beaucoup plus significatifs et montrent au toucher vaginal l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, lisse, ferme, faisant corps avec l'utérus, à développement abdominal ou pelvien. Mais, ce qui permet de faire le diagnostic de la nature sarcomateuse de cette tumeur, est qu'au fur et à mesure qu'elle grossit, la tumeur devient plus molle, sa surface inégale ; et qu'elle augmente très rapidement de volume, en même temps qu'apparaissent précocement les troubles de compression urinaire, veineuse, et nerveuse.

A la période terminale, il n'est pas rare de constater l'existence de métastase hépatique à la palpation ou de métastase pulmonaire à l'auscultation.

La dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome, nécessite un diagnostic précoce, en vue d'une intervention qui revêt presque un caractère d'urgence.

Il s'agit d'une femme porteuse d'un fibrome jusque-là bien toléré et dont la symptomatologie s'aggrave brusquement. Les métrorragies deviennent très abondantes, des douleurs apparaissent, l'état général s'altère et surtout l'examen physique montre une augmentation rapide et une modification de consistance d'un fibrome jusque-là stationnaire.

Mais, bien souvent, si le simple examen clinique permet de soupçonner une dégénérescence quelconque du fibrome, il ne permet pas d'en préciser la nature sarcomateuse et seul, l'examen microscopique post-opératoire permet d'affirmer cette transformation.

TRAITEMENT

Actuellement, deux grands modes de traitement sont en prestance, le traitement chirurgical est évidemment le traitement de choix, mais il n'est possible, que si l'on est en présence d'un sarcome ou d'une dégénérescence sarcomateuse dont le diagnostic a été porté précocement et l'extension et les métastases en restreignent trop souvent les indications.

L'opération de choix est l'hystérectomie totale par voie haute, qui donnant un large champ opératoire permet de libérer les adhérences et de pratiquer l'exérèse totale en bloc. Certains chirurgiens repoussent la technique de Wertheim qui pour eux serait inutile par suite de l'absence d'envahissement lymphatique de la base du ligament large.

D'autres recommandent la sub-totale moins traumatisante, mais un certain nombre de cas de récurrence cervicale sarcomateuse doivent faire rejeter ce procédé.

L'hystérectomie vaginale nécessite des conditions telles qu'elle est rarement pratiquée et ces indications sont pour ainsi dire limitées exclusivement aux polypes sarcomateux de l'utérus, évoluant chez

des femmes obèses, cardiaques à résistance chirurgicale peu marquée.

L'apparition des rayons X a considérablement modifié les indications thérapeutiques des sarcomes de l'utérus. Les cellules sarcomateuses semblent plus sensibles que les cellules épithéliales. Parmi les sarcomes, les lymphosarcomes réagissent très rapidement ainsi que les sarcomes globo-cellulaires qui restent le type des tumeurs radio-sensibles, alors que les sarcomes fuso-cellulaires et surtout polymorphes sont radio-résistants.

D'après Robert, des sarcomes très volumineux fondent presque complètement en quelques séances de radiothérapie profonde, mais trop souvent après ce début foudroyant la tumeur reprend à nouveau son volume normal et les métastases semblent plus précoces.

Devant ces résultats peu favorables, il semble qu'actuellement on doit faire suivre l'hystérectomie totale d'un traitement radiothérapique.

La curiethérapie semble réservée au cancer inopérable, « en effet, elle arrête les écoulements sanguins, diminue les douleurs, cicatrise les ulcérations, semble arrêter pour un temps les progrès de la maladie et entraîne une amélioration manifeste de l'état général. » (Robert).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Jacquin)

Société d'Obstétrique et de Gynécologie
de Strasbourg 1923

*Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes
développé sur un fibrome*

Mlle K. H..., 54 ans, nullipare. Entre à la clinique le 7 décembre 1920. Règles depuis l'âge de 13 ans, un peu irrégulières, toutes les trois ou quatre semaines. Pertes assez fortes durant huit jours, sans douleur. Ménopausée depuis 1913.

Antécédents sans particularité. Depuis juillet 1920, douleurs dans le bas-ventre, surtout dans le côté gauche, accompagnées de forte constipation. Les douleurs ont vite augmenté et sont devenues insupportables. Pertes de sang liquide le 15 décembre 1920. Amaigrissement notable.

A l'examen, on trouve une femme de taille moyenne en état de nutrition médiocre; le bas-ventre, à gauche, est sensible à la pression. On constate au-dessus de la symphyse une résistance dure, se perdant vers les deux côtés. Légères pertes sanguines

par le vagin. Au toucher, on perçoit dans l'orifice externe, un petit polype. L'utérus est grossi, dépassant la symphyse de quatre travers de doigt. A gauche, faisant corps avec lui, des masses dures, modulaires, remplissent la partie gauche du bassin et sont douloureuses à la pression. Le 20 octobre, l'orifice externe est trouvé ouvert, on peut pénétrer dans le col qui contient des masses friables. On en enlève une partie pour l'examen histologique.

Diagnostic. — Sarcome de l'utérus.

Opération. — Rendue difficile par la friabilité des tissus; suites opératoires bonnes. A la sortie de la clinique, on sent au fond du vagin, un cratère bourgeonnant se propageant à gauche vers une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Ecoulements fétides.

Examen macroscopique. — L'utérus correspond à une grossesse du quatrième mois; il est légèrement bosselé, de consistance un peu inégale. Longueur de la cavité, 13 cent. Dans la paroi antérieure, quelques petits fibromes. La tumeur principale de la grosseur d'un poing est développée aux dépens de la paroi postérieure gauche de l'utérus et se propage d'une manière diffuse dans le paramètre gauche. A la coupe, la tumeur est extrêmement friable, une mince coque fibreuse l'entoure en grande partie. A 6 centimètres de l'orifice externe, la tumeur a perforé la muqueuse sur l'étendue d'une pièce de 1 franc. De là les masses friables ont pénétré en forme de polype par le canal du col, jusqu'à l'orifice externe.

Examen microscopique. — La tumeur se compose de petites cellules rondes ou fusiformes, pauvres en protoplasme et disposées dans un réseau de tissu conjonctif. Par endroits, on remarque un groupement en faisceau ou en large bande : selon la direction de ces faisceaux, les cellules apparaissent tantôt rondes, tantôt plus allongées.

Dans la zone frontière, les bourgeons néoplasiques sont en général bien limités. Toutefois, en certains points, on observe une infiltration très nette. Les cellules néoplasiques se trouvent alors entre les faisceaux ou les fibres musculaires. La muqueuse n'est envahie qu'au point de perforation. Pour le reste, on ne remarque rien de particulier. Les petits fibromes ne présentent pas de transformation maligne.

OBSERVATION II (Jacquin)

Société d'Obstétrique et de Gynécologie
de Strasbourg, 1923

Dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome avec métastase dans le paramètre gauche

Mme C. W..., âgée de 65 ans, nullipare, ménoposée à 54 ans. Depuis un an, elle accuse de la faiblesse, de l'inappétence et de la constipation. Ces dernières semaines, elle a maigri et a ressenti une tension douloureuse du pelvis. L'état général est bon ;

quelques râles au niveau du lobe inférieur du poumon gauche.

La région sous-ombilicale fait saillie et on y sent une tumeur dure, non fluctuante, débordant l'ombilic de deux travers de doigt et prédominante du côté gauche. Le toucher vaginal montre que cette tumeur fait corps avec l'utérus dont elle ne se laisse pas délimiter. Dans la région annexielle gauche, on constate une petite tumeur dure légèrement mobile.

On porte le diagnostic de fibromyome de l'utérus avec possibilité de dégénérescence.

A l'intervention par laparotomie, on trouve une tumeur utérine volumineuse dont la surface est perforée à un endroit par des végétations papillaires. Dans la partie haute du ligament large gauche, existe une tuméfaction du volume d'un œuf. On pratique une extirpation supra-vaginale de l'utérus avec les annexes et le néoplasme du paramètre gauche.

Huit mois après, la malade présente un mauvais état général. Ses deux poumons sont infectés et au toucher vaginal, on sent des masses dures dans le cul-de-sac latéral gauche.

Examen macroscopique. — La tumeur a le volume d'une tête d'homme et pèse environ 2 kilos. Sa surface lisse est irrégulièrement bosselée. Du côté droit antérieur, on remarque des végétations qui ont dépassé le niveau de la tumeur et perforé son revêtement péritonéal. La consistance de la tumeur est très inégale ; elle correspond en partie à celle d'un

muscle non contracté. Extérieurement, on ne saurait dire où se trouve l'utérus. A la coupe, la cavité utérine présente un polype avec une large base d'implantation. La muqueuse est normale. La tumeur présente une zone périphérique fasciculée, dure, de teinte blanchâtre et une zone centrale, molle, paraissant être en état de nécrose complète.

Dans le ligament large gauche, la tumeur est irrégulièrement bosselée et contient une cavité pseudo-kystique.

Examen microscopique. — Le noyau néoplasique qui a perforé la muqueuse offre une structure rappelant par endroits celle d'un myome. On trouve des cellules fusiformes groupées en faisceaux qui s'entrecroisent et dont le protoplasme présente la même coloration que les fibres musculaires lisses : irrégularité souvent très prononcée dans la forme des cellules : quelques cellules géantes multinucléées. Le stroma est peu développé, les vaisseaux sont rares. L'envahissement et la destruction du tissu environnant s'observe très nettement dans les différentes coupes.

La paroi de la cavité pseudo-kystique est formée par les mêmes éléments néoplasiques.

OBSERVATION III (Auvray)
Bulletin de la Société d'Obstétrique
et de Gynécologie, Paris 1923

*Coexistence d'un sarcome du corps
et d'un cancer du col*

Mme A..., 36 ans, ménagère, est entrée le 12 mai 1921 à l'hôpital Laënnec pour des hémorragies utérines. Toujours bien réglée depuis l'âge de 13 ans, elle a eu quatre enfants et jamais de fausses couches. La dernière grossesse remonte à 1914. L'accouchement fut pénible, la délivrance eut lieu une heure après l'expulsion du fœtus. La malade ne peut fournir aucun renseignement sur l'état du placenta et des membranes, mais elle a saigné pendant les cinq jours qui suivirent l'accouchement.

Le douzième jour après l'accouchement, elle se levait, complètement remise, ne présentant plus de pertes rouges. La malade n'avait pas nourri et ses règles reparaissaient le mois qui suivit l'accouchement. La durée et l'abondance des règles fut normale, mais le sang était très épais. Les règles qui suivirent durèrent d'abord plus longtemps et furent plus abondantes, puis elles devinrent irrégulières; elles apparaissaient tantôt une fois, tantôt deux fois par mois. Avant son accouchement, la malade avait des pertes blanches; depuis son accouchement, elles étaient devenues dans l'intervalle des règles, plus abondantes et plus épaisses. Mais il n'y eut jamais

depuis 1914 d'hémorragies inter-menstruelles et il n'y a jamais eu de symptôme douloureux.

En juin 1920, la malade a été réglée deux fois dans le mois : à ce moment, les pertes blanches changent de couleur, deviennent marron et sentent très mauvais. En juillet 1920, apparaît une métrorragie abondante et prolongée et, au moment où elle entre à l'hôpital, en mai 1921, depuis 10 mois, les métrorragies n'ont pas cessé. Elles sont accompagnées de pertes roussâtres et fétides, l'amaigrissement est rapide. Au toucher, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse formant une grosse masse bourgeonnante en chou-fleur, développée au dépens du col qui disparaît dans cette masse. La tumeur est friable sous le doigt et saignante. On parvient à en faire le contour et à reconnaître qu'en somme elle est opérable. Derrière cette masse bourgeonnante, on sent l'utérus augmenté de volume. Le diagnostic du néoplasme du corps utérin s'impose.

Intervention. — Dans un premier temps, on détruit par le vagin à la curette et au thermocautère la masse bourgeonnante énorme née du col, dans le but de réduire la tumeur et de la désinfecter. Attouchement à l'iode et à l'éther de la masse considérablement détruite et du vagin. Dans un deuxième temps, on pratique la laparotomie et l'hystérectomie abdominale totale. On parvient à sectionner très bas le vagin au-dessous de la tumeur, sans trop de difficulté. On ne trouve pas de ganglions dans la région des iliaques externes et des hypogastriques.

Examen macroscopique. — A l'ouverture de l'utérus, on constate qu'il existe deux tumeurs, l'une dans le col, bourgeonnante, laquelle est séparée par l'isthme utérin, très rétréci, très induré, d'une autre tumeur qui siège dans le corps utérin très augmenté de volume, laquelle est implantée surtout sur la paroi postérieure de l'organe, d'aspect rosé, de consistance molle. Il s'agit certainement de deux cancers séparés l'un de l'autre par la partie supérieure du col qui paraît saine.

Examen microscopique. — Dans le col, à la suite de l'épithélium malpighien vaginal, apparaît un épithélium malpighien à globe corné typique?

Dans le corps utérin, on trouve une masse néoplasique dans laquelle les culs-de-sac ont à peu près disparu, on n'en retrouve que quelques-uns qui paraissent intacts, mais autour d'eux, on note une nappe cellulaire abondamment pourvue de monstruosité qui paraissent développées au dépens des fibres musculaires lisses. Il semble bien s'agir d'une tumeur maligne, musculaire lisse, myome malin.

Le diagnostic de tumeur maligne s'imposait, mais rien ne permettait de suspecter l'existence de la tumeur située derrière celle du col.

OBSERVATION PERSONNELLE

Sarcome de la muqueuse utérine simulant un cancer du corps

Mme M. S., — Nullipare, âgée de 52 ans, est examinée pour la première fois à l'occasion d'une hémorragie abondante qui l'a alarmée parce que survenue après la ménopause qui s'est faite normalement à l'âge de 48 ans.

Antécédents personnels.

Mariée à l'âge de 29 ans elle n'a jamais eu de retard de règles ni de fausses couches. Depuis la trentaine, elle accuse des pertes blanches peu abondantes d'ailleurs et survenantes sans aucune douleur sauf dans les jours précédant les règles, qui sont d'ailleurs un peu douloureuses.

Maladie actuelle.

L'hémorragie qui a amené la malade à consulter a débuté le 28 juin 1923 dans le courant de la journée. Apparue insidieusement et sans douleur, elle a duré trois jours. Puis tout est rentré dans l'ordre. L'examen à cette période ne nous a permis de porter aucun diagnostic. Au toucher vaginal le col est petit, dur et mobile ; l'utérus difficile à palper par suite de l'obésité de la malade ; les culs-de-sac vaginaux postérieurs et latéraux sont libres, souples et indolores. Nous engageons la malade à revenir consulter si les phénomènes hémorragiques reparaissent.

Quinze jours après la malade présente de nouvelles hémorragies, mais elles présentent un caractère métrorragique très net. Peu abondantes elles durent quelques jours et disparaissent pour reparaître quelque temps après.

Capricieuse, leur évolution revêt un caractère déconcertant qui empêche de les attribuer à un retour temporaire de l'activité ovarienne.

Examen physique.

Cet examen est rigoureusement négatif. En raison de la date d'apparition de ces hémorragies, on pense à un cancer du corps utérin ou à une métrite sénile. Devant la carence des symptômes physiques et la possibilité de l'évolution latente d'une tumeur maligne, on pratique un curettage explorateur qui ramène quelques débris friables de consistance molle et de coloration rougeâtre.

Examen histologique.

Les éléments examinés donnent la clef du diagnostic. Ils montrent l'existence de cellules petites, régulièrement sphériques avec noyaux très développés, montrant l'activité de la prolifération cellulaire. La vascularisation est très développée, les capillaires, en particulier, dilatés sont tapissés d'un endothélium très mince. Les vaisseaux sanguins plus développés se présentent sans paroi propre. Enfin il existe de véritables lacs sanguins à paroi mal organisée qui semblent être de véritables fentes vasculaires.

Chez notre malade le curettage seul suivi d'un examen histologique a permis de porter le diagnostic d'un sarcome globo-cellulaire de la muqueuse utérine, et de préciser au mieux les indications opératoires.

Le 3 septembre, on pratique une hystérectomie abdominale totale supra-vaginale. La précocité du diagnostic et le peu d'extension des lésions semble contre-indiquer l'opération de Wertheim.

Les suites opératoires sont excellentes et revue dans le courant de décembre ; la malade présente un excellent état général. Une cicatrice vaginale souple et un paramètre normal.

CONCLUSIONS

I. — Les sarcomes utérins sont rarement primitifs, plus souvent secondaires ; il s'agit alors de dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome préexistant.

II. — Les sarcomes primitifs sont de diagnostic difficile et leur syptomatologie d'emprunt ne permet bien souvent pas de les distinguer d'un fibrome ou d'un cancer du corps, qu'ils peuvent simuler point par point.

III. — Dans les sarcomes du corps au début, le *curettage explorateur* suivi de l'examen histologique, constitue dans la plupart des cas, le seul moyen de diagnostic.

IV. — Tout fibrome, qui jusque-là stationnaire et bien toléré, grossit et devient douloureux doit être suspecté de dégénérescence ; mais il est souvent impossible de préciser la nature sarcomateuse de cette dégénérescence et seul encore, l'examen histologique post-opératoire, permet de reconnaître la nature maligne de la transformation.

V. — L'hystérectomie totale par voie abdominale semble être actuellement le traitement de choix ;

la radio — et la radiumthérapie ne semblant pas avoir donné des résultats satisfaisants ; toutefois, on pourra l'associer au traitement chirurgical, mais seulement après lui.

Vu le Doyen : *Vu le Président :*

ROGER. J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- J.-L. Faure.* — Le cancer, 1924.
Faure et Siredet. — Traité de gynécologie.
J.-L. Faure. — Traité de gynécologie Médico-Chirurgicale.
Le Dentu et Forgue. — Gynécologie.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
Coyne. — Anatomie pathologique, 1904.
Tripier. — Anatomie pathologique, 1904.
Cornil et Kauters. — Traité d'anatomie pathologique.
Ménétrier. — Le cancer.
Théodoroff. — Sarcome de l'utérus ; Thèse de Montpellier, 1898-1899.
Perdrige. — Sarcomes de l'utérus ; Thèse Paris 1911-1912.
Costes. — Fibro-sarcome de l'utérus ; Thèse de Paris 1895.
Aubry. — Le sarcome diffus de la muqueuse utérine ; Thèse de Paris 1895-1896.
Hure. — Contribution à l'étude des sarcomes kystiques de l'utérus ; Thèse Paris, 1909-1910.
Robin. — Des sarcomes du corps de l'utérus ; Thèse de Bordeaux, 1911-1912.
Laouilheau. — Contribution à l'étude des sarcomes du corps de l'utérus ; Thèse de Bordeaux, 1926.
Bettinger. — Contribution à l'étude des sarcomes du corps de l'utérus ; Paris, 1908-1909.
Robert. — Radium, Rayons X et sarcomes ; Thèse de Bordeaux, 1919-1920.
Leh. — Considération générale sur la structure et la pathogénie des sarcomes ; Thèse de Paris, 1901.
Bruyère. — Thèse de Bordeaux, 1893.
Chabirou. — De la fréquence du sarcome dans le myome utérin ; Thèse de Bordeaux, 1912.

- Lafont.** — La dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes; Thèse de Bordeaux, 1901.
- Lucas.** — Radiothérapie des sarcomes; Thèse de Paris, 1909.
- Tesson.** — Le cancer primitif du corps utérin; Paris, 1901-02.
- Druon.** — Néoplasmes kystiques de l'utérus, cysto-fibromes, cysto-sarcomes; Thèse de Paris, 1898-1899.
- Vérdier.** — De l'hématométrie dans le cancer du corps utérin, en particulier dans le cancer épithélial et le sarcome diffus de la muqueuse utérine; Thèse de Paris, 1905-1906.
- Malherbe.** — Recherche sur le sarcome.
- Musumeci.** — Sur un cas de sarcome et épithélioma du corps de l'utérus; Thèse Paris, 1920.
- Jacquin.** — A propos du sarcome et myome malin de l'utérus; Gynécologie et Obstétrique, Paris 1921.
- Tédenat.** — Sarcomes kystiques de l'utérus; *Bul. de la Soc. d'Obs. et de gyn.*, Paris 1922.
- Auray.** — A propos de quelques formes rares de sarcome de l'utérus; *Bul. de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, Paris, 1923.
- Furet.** — Cysto-fibrome et cysto-sarcome de l'utérus; *Semaine gynécologique*, 1898.
- Terrillon.** — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 1889.
- Czenne.** — Sarcome kystique en grappe de la muqueuse utérine; *Journal de Médecine de Paris*, 1894.
- Négouin.** — Sept cas de sarcome de l'utérus; Société d'Obstétrique, de Pédiatrie et de Gynécologie de Bordeaux, 1911.
- Mauclaire.** — Fibro-sarcome de l'utérus ayant l'aspect d'un kyste utérin; *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1906.
- Polosson.** — Myome malin de l'utérus; *Lyon Médical*, 1910.
- Schwartz.** — Sarcome primitif de l'utérus; Société de chirurgie, 1902.
- Quenu.** — Société de chirurgie, 1902.
- Levi et Gallavardin.** — Contribution à l'étude du myome malin. *Revue de chirurgie*, 1901.
- Violet.** — Myome malin de l'utérus avec noyaux intra-ligamentaires; *Lyon Médical*, 1922.
- Cazin.** — De la dégénérescence maligne des fibromes utérins et de leurs conséquences; *Bulletin et Mémoire de la Société de Médecine de Paris*, 1920.

- Laydreft. — Diagnostic chimique des sarcomes; Société de Biologie, 1923.
- Tuffier. — Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris, 1920.
- Tédenat. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1924.
- Laurent. — Fibromyome et sarcomes utérins; La Clinique de Bruxelles, 1894.
- Keller. — Fibrosarcome de l'utérus fixé à l'aorte; Bulletin de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris, 1923.
- Piquand. — Le sarcome de l'utérus; Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominales, juin 1905.
- Herrenschmidt et Léc. — Un nouveau cas de sarcome kystique de l'utérus; Bulletin de l'Académie de Médecine, 1881.
- Bonafonte. — Sur la malignité des néoplasmes de l'utérus et la pathologie du sarcome de cet organe; Semaine Médicale, Buenos-Ayres, 1919.
- Vital-Aza. — Fibro sarcoma uterino; Revista de Med. et Chirurg. practi., Madrid 1918.
- Guster. — Uber sarcoma uterin; Breslau, 1891.
- Klee. — Ein Karzinosarkom des uterus; Zentralblatt-für Gynäk., Leipzig 1922.
- Clark. — Sarcome de l'utérus; Progr. Méd. Philadelphie, 1924.
- Recl. — Sarcoma of the uterus; Annals of surgery, Philadelphia 1923.
- Brown Miller. — Chirurgie ou radiothérapie dans le traitement des tumeurs de l'utérus; American Journal of Obstetrics and Gynecology, Chicago (Vol. XIV, n° 3, Sept. 1927).
- Armanini. — Contribution à l'étude des tumeurs multiples: à propos d'un cas d'association de cancer et de sarcome de l'utérus; Annali di Ostetrica e Ginecologia, Milan an. L. n° 7, juillet 1928.
-

